



Quien le podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina?
Proveedor medico
Medico quiropractico
Familiar o amigo
Internet
Radio/revista
Compania a aseguradora

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente
Fecha de nacimiento
Edad
Direccion
Apt #
Ciudad
Estado
Codigo postal
Casa #
Celular #
Alt/trabajo#
Email
Numero de licencia
SS #
Masculino/Femenino
Estado civil:
Soltero
Divorciado
Viudo
compañero
Casado. Nombre de esposo(a)
Raza
Etnicidad
Idioma Principal
Lugar de empleo
Ocupacion
Contacto de emergencia
Telefono #

QUIEN ES SU DOCTOR PRIMARIO?

Direccion
Ciudad / Estado/ Codigo postal
Telefono #

ESTAN RELACIONADOS SUS SINTOMAS CON UN ACCIDENTE? Si No No se Fecha de accidente

Si responde si, que tipo? Auto En el trabajo Otro Fecha reportado

Hay un caso juridico relacionado con esta lesion? No Si Estado en el cual la lesion ocurrio

CITAS

Le pedimos ha nuestros pacientes llegar a sus citas con 15 minutos de anticipacion para poder llenar los documentos necesarios. Si llega tarde, le tendremos que cambiar su cita a otro dia segun nuestra conveniencia.

PERMISO DE TRATAMIENTO

Yo autorizo ha el personal de Arizona Pain Treatment Centers que me examine y provea el tratamiento que ellos sientan es necesario.

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION DEL PACIENTE

Yo autorizo ha Arizona Pain Treatment Centers y ha sus doctores que liberen y proporcionen toda informacion medica y financiera con privacidad y necesidad solamente relacionada con mi caso medico ya sea hoy o ha futuro para facilitar mi tratamiento y pago por agencias terceras, para verificar necesidad de tratamientos, como informacion de documentos para cuestionarios de calidad, o para evaluaciones de resultados medicos. Esta informacion puede ser brindada a companias aseguradoras, HMOs, PPOs, organizaciones que monitoran tratamientos, IPAs, agencias de pago por terceros, o ha cualquier organizacion que se contrate con cualquiera de las agencias que realicen estas funciones. Yo tambien autorizo que se mande una copia de mi expediente medico a mi doctor primario o doctor especialista cual sea directa o indirectamente responsable de mi salud o pagos por ella.

NOTIFICACION DE PRIVACIDAD

Yo acepto haber recibido, entendido, y aceptado la notificacion de privacidad de Arizona Pain Treatment Centers/McDowell Ambulatory Surgery Center, la cual describe los procedimientos de la entidad sobre el uso de mi Protegida Informacion Medica hecha, recibida, o archivada por la entidad. Yo entiendo tender el derecho de pedir una restringion sobre el uso de mi Protegida Informacion Medica.

Nombre Firma Fecha

# Información de Facturación del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Por favor complete cada caja. Si no se aplica, por favor escriba NA.**

## Primaria de la salud de seguros:

Compañía de seguro \_\_\_\_\_ Telephone # para verificar: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Asegurados Seguro Social # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Grupo/Poliza # \_\_\_\_\_

Correo afirma: \_\_\_\_\_

## Secundaria de salud de seguros:

Compañía de seguro \_\_\_\_\_ Telephone # para verificar benefits: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Asegurados Seguro Social # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ Poliza # \_\_\_\_\_

Correo afirma: \_\_\_\_\_

## Los trabajadores de la compañía de seguros:

Compañía de seguro \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Administrador de casos: \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión \_\_\_\_\_

Reclamar #: \_\_\_\_\_ Se reclamacion sigue abierto? \_\_\_\_\_

## Daños Corporales

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

## Cobertura de seguro de auto: (su seguro de automovil)

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ UM/UIM Cobertura: \_\_\_\_\_

## Auto cobertura del seguro: (Reclamación Medpay)

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_

Medpay Limites: \$ \_\_\_\_\_ Reclamación se abra? \_\_\_\_\_ Reclamar #: \_\_\_\_\_

## Tercero/ Compañía de seguro de responsabilidad: (nformación de seguro para el vehículo que tuvo la culpa)

Compañía de seguro \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_

Reclamación se abra? \_\_\_\_\_ Política/Reclamar #: \_\_\_\_\_

## Nombre del Abogado:

Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_ La Firma de Abogados: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Persona de contacto \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Gravámenes para presentar: \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Abogado \_\_\_\_\_



### Política Financiera y divulgación de las tasas

Nuestra oficina de seguros archivos reclama como una cortesía para todos nuestros pacientes. **Si su seguro cambia, por favor notifique a nosotros inmediatamente para que podamos estar seguros de que tenemos la derivación adecuada y la verificación de la elegibilidad.** Es responsable de todas los proyectos de ley sin tener en cuenta el tipo de cobertura de seguro que usted pueda tener. Por favor, póngase en contacto con su seguro empresa para cualquier pregunta que tenga con respecto a la cobertura de los servicios, ya que es su responsabilidad conocer sus beneficios. Nosotros espere 60 días para su seguro de pago. Después de ese tiempo, el saldo pendiente de pago puede ser debido y pagadero por el paciente.

**El pago se espera en el momento del servicio.** Los pacientes son responsables de la adecuada co-pagos, deducibles y coseguro. El pago puede hacerse con tarjeta de crédito en efectivo o giro postal. **No se aceptan cheques personales en el momento del servicio.** Si su tarjeta de crédito / débito o un cheque enviado por correo es devuelto por fondos insuficientes, se le cobrará un cargo de \$35.00.

**Se espera que usted pague todos los cargos en el momento del servicio si:**

- 1. Usted no tiene cobertura de seguro
- 2. La debida autorización / referencia no ha sido recibida.

#### Cuentas Morosas

**Cuentas vencidas están sujetas a cobro.** Todos los honorarios, incluyendo, pero no limitado a los honorarios de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales incurridas se convertirá en su responsabilidad, además del saldo de esta oficina.

#### Lesiones Personales

Nuestra oficina acepta casos de lesiones personales. Si aceptamos su caso sobre la base del gravamen, Habrá una cuota de gravamen de \$20 a su cuenta en el inicio de tratamiento para AZPTC. Si usted tiene un procedimiento que se realiza en el Centro de Cirugía Ambulatoria McDowell, un cargo adicional de \$20 será agregado a su cuenta para cubrir los costos de la ASC para la presentación del gravamen. El pago por el tratamiento no está supeditada a ningún acuerdo, sentencia o veredicto que puede llegar a recuperarse. Lien casos será revisado periódicamente y es posible que tenga que realizar pagos por atención continua según lo determinado por nuestra oficina. Se le notificará con antelación.

#### Verificación de Beneficios

Nuestra oficina verificará sus beneficios de seguro como una cortesía y no es una garantía de pago. Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable por todos los gastos y todos los gastos deben pendientes de pago por cualquier razón, incluyendo pero no limitado a seguros deducibles límites de la póliza, o exclusiones, usted se compromete a pagar cualquier cantidad adeudada y el resto a nuestra oficina.

### La divulgación de las tasas

99204	Historia y Examen Intermedio Inicial	\$469.50
99213	Visita al consultorio limited (7-10 minutos)	\$204.50
99214	Visita al consultorio intermedio (10-15 minutos)	\$303.50
97110	Los ejercicios terapéuticos 15 minutos or menos	\$69.50
98940	Manipulación	\$64.50
97140	Manual de terapia cada 15 minutos	\$59.50
20553	Inyección en el punto gatillo	\$135.50
20610	Bursa / Inyección mayor articulación	\$172.50
64483	Tarifa Inyección epidural de esteroides Profesional	\$1212.50
64483	Fondo Epidural de esteroides Inyección Fee ea. nivelar	\$2399.00
64635	Radiofrecuencia Neurotomía Cargo Profesional de inyección	\$1485.50
64635	Radiofrecuencia Neurotomía Fondo Fee ea. nivelar	\$2399.00
99144	Consciente / sedación moderada	\$250.50

He leído y entiendo la política financiera y de precios. Yo reconozco la responsabilidad por todos los gastos médicos incurridos y se comprometo a cumplir con los términos de esta política. Además, con mi firma, autorizo a mi los médicos y sus representantes a demandar el pago a través de la corte de reclamos menores o superior tribunal de justicia para ayudar a me en el cobro de cualquier factura pendiente.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (letra de molde) \_\_\_\_\_



## Derechos del Paciente

- ✓ Debe ser tratado con respeto, consideracion y dignidad
- ✓ Debe de tener buen trato y servicio de calidad en esta oficina
- ✓ Saber, por avanzado, el total estimado por los servicios proveidos
- ✓ Tendra privacidad de su tratamiento medico
- ✓ Se le dara informacion sobre su diagnosis, tratamiento y pognosis, en nuestro mayor entendimiento, en terminos comunes. Si hay preocupacion por su salud al grado que no es recomendable darle informacion, se le dara a la persona indicada por usted o a una autoridad autorizada.
- ✓ Su doctor le dara suficiente informacion para poder entender el procedimiento o tratamiento recibido antes de firmar el consentimiento.
- ✓ Tendra confidencialidad de sus documentos medicos y se le dara la oportunidad de aprobar o negar su traspaso a otras personas con la excepcion de cuando son requeridos por ley.
- ✓ Podra negar tratamieto y sera informado de las consecuencias por esta accion
- ✓ Se le dara la oportunidad de participar en las decisiones que involucran su salud, excepto cuando esta participacion no es indicada.
- ✓ Se informado de culquier persona que vaya a observar o participar en el tratamiento aparte de el personal de rutina.
- ✓ Sera informado del tratamiento medico a seguir despues de ser dado de alta.
- ✓ Recibira una evaluacion puntual sobre su dolor, tratamiento, e informacion sobre la prevencion y formas de alivio.
- ✓ Para ser libre de toda forma de abuso o acoso o de cualquier acto de discriminación o represalia.
- ✓ Si un paciente se adjudica incompetente bajo leyes estatales aplicables por un tribunal de jurisdicción competente, los derechos del paciente serán ejercitadas por la persona designada bajo la ley estatal de actuar en nombre del paciente.
- ✓ El representante del paciente tiene el derecho de tomar decisiones informadas sobre el cuidado del paciente.
- ✓ Si un tribunal estatal no ha adjudicado un paciente incompetente, cualquier representante legal designado por el paciente de acuerdo con la ley estatal podrá ejercitar los derechos del paciente en la medida permitido por la ley estatal.

### PREOCUPACIONES DEL PACIENTE Y / O QUEJAS:

Las personas que tienen un problema o una queja respecto a McDowell Centro de Cirugía Ambulatoria, incluyendo, pero no limitado a las decisiones relativas a la admisión, tratamiento, descarga, denegación de servicio, calidad de los servicios, se alienta a la cortesía del personal o cualquier otra cuestión en contacto con el administrador o escribir una declaración de:

Administrador : McDowell Ambulatory Surgery Center 1301 E. McDowell Road, Suite 100 Phoenix, AZ 85006

McDowell Centro de Cirugía Ambulatoria es certificado por Medicare. Cualquier queja sobre los servicios prestados en McDowell Centro de Cirugía Ambulatoria se pueden dirigir por escrito o por teléfono a:

ARIZONA DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

Oficina del Servicio Médico Licencias 150 N. 18th Ave., Suite 450 Phoenix, AZ 85007-3245 (602) 364-3030 o al (602) 364-3031

O los pacientes de Medicare deben visitar el sitio Web más abajo para comprender sus derechos y protecciones:

<http://www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp>

**He leído y reconocer mis derechos como paciente.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# arizonapaintreatmentcenters

1301 E. McDowell Rd., Suite 100, Phoenix, AZ 85006    4860 E. Baseline Rd., Suite 103, Mesa, AZ 85206  
 Phone: (602) 265-8800    Fax: (602) 265-8151

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: (apellido,nombre) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**Quien le podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina?**     Proveedor medico \_\_\_\_\_

Medico quiropractico \_\_\_\_\_     Familiar o amigo \_\_\_\_\_

Internet     Radio/revista     Compania a seguradora

**QUIEN ES SU DOCTOR PRIMARIO?** \_\_\_\_\_

Telefono # \_\_\_\_\_ Su última visita \_\_\_\_\_

Por favor de el nombre, especialidad, aproxime la fecha de la ultima visita y telefono (si lo tiene) de cualquier otro doctor que halla consultado sobre su condicion medica (especifique si son reumatologos, neurologos, ortopedico ciruganos, o espino ciruganos) \_\_\_\_\_

Por favor provea informacion para contactar ha su farmacia :

\_\_\_\_\_ (incuya calles y # de telefono)

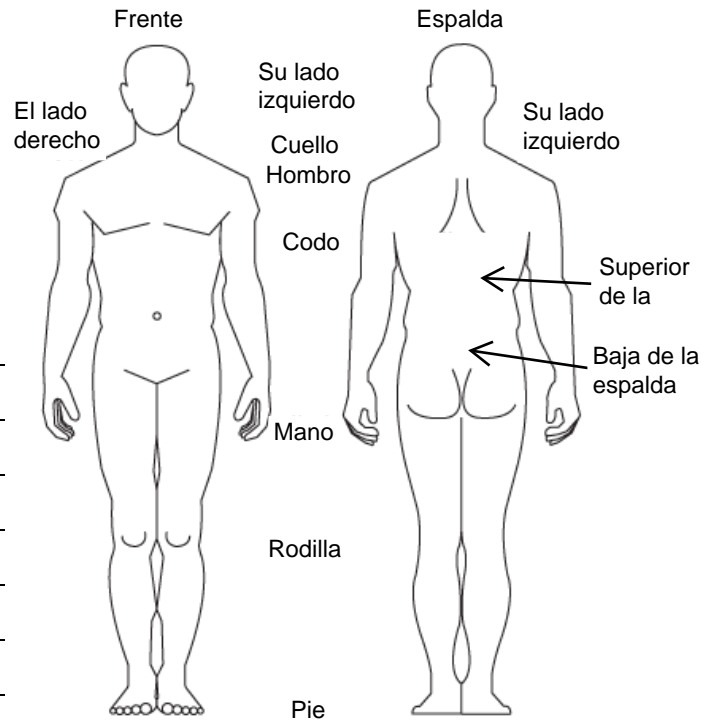
**¿Cuáles son su principales queja(s) / problema(s)**

1. \_\_\_\_\_ Fecha de iniciado \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Fecha de iniciado \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Fecha de iniciado \_\_\_\_\_

**Por favor dibujar donde usted tiene su dolor**



**Medicinas que esta tomando al momento**

(Si necesita más espacio, continúe al dorso de esta página)

Nombre	Fuerza	Dosis/calendario	Fecha de iniciado

Tiene alergias al latex, cinta adhesiva, tinte de contraste, yodo/mariscos o medicaciones?

Favor de marcar las alergias y reacciones que a tenido.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vital signs (office use only) BP: \_\_\_\_\_ HR: \_\_\_\_\_ HT: \_\_\_\_\_ WT: \_\_\_\_\_

**Como describe su dolor?**

- Doloroso       Quemazon    Engarrotamiento    Piquete de abuja    Punsante    Aburrido  
 Presion       Apretado    Filoso                       Punaladas

**Si usted tiene sensaciones electricas o radiantes, en que area?**

- Brazo derecho    Brazo izquierdo    Ambos brazos    Pierna derecha    Pierna izquierda  
 Ambas piernas    No tengo sensaciones electricas o radiantes

**Que nivel de dolor tiene al momento?**

- Menos**    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10   **Peor**

**Que es el menos dolor sentido?**

- Menos**    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10   **Peor**

**Que es el mas alto dolor sentido?**

- Menos**    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10   **Peor**

**Cuando comenzo su dolor?**

- Muy recientemente       Hace dias    Hace semanas       Hace meses       Hace años

**Cual fue la causa de su dolor?**

- No evento en particular o trauma       Gradualmente       Accidente automovilistico    Lo he tenido por largo tiempo pero ahora es peor       Una caida    Por levantar o acarrear       Por doblar

**Mi dolor empeora con:**

- Sentar    Torcer       Actividad    Manejar    Parar       Levantar    Frio  
 Estornudar       Recostar    Cambio de posicion mientras recostado    Al parar de una posicion sentado    Tos       Caminando       Volteando hacia arriba       Volteando hacia abajo  
 Volteando hacia la izquierda    Volteando hacia la derecha    Todo    Al doblar    Trabajar  
 Aspirar

**Mi dolor mejora con:**

- Hielo    Sentar       Caminar    Narcoticos    Calor       Al pararse    Medicamentos sin receta    Nada       Actividad    Al recostar    Medicamentos con receta    Descanso  
 Cambios de posicion frecuentemente

**Mi dolor esta relacionado con:**

- Mal apetito       Dificultad con trabajos caseros       Mal dormir    No poder hacer trabajos caseros  
 fatiga    Dificultad con la actividad fisica    Debilidad    Una significativa disminucion en la habilidad te trabajar    Ansiedad    No poder trabajar / permanecer empleado       Mas enojos  
 Alterada funcion sexual/ actividad       No poder controlar emociones       Alteramiento de relaciones personales       Otro\_\_\_\_\_       Ninguno de estos

**Mi meta es:**

- Regresar a trabajar       Disfrutar mi familia nuevamente       Reducir mi dolor       Disfrutar mi trabajo de nuevo    Tomar control de mi vida    Reparar mi funcionamiento       Otro\_\_\_\_\_

**Por favor indique los tratamientos que ha recibido y el nivel de alivio:**

- Tratamiento quiropractico:**  no han intentado  ayuda proporcionada  no proporcionar alivio Fecha de inicio del trata miento: \_\_\_\_\_
- Terapia fisica:**  no han intentado  ayuda proporcionada  no proporcionar alivio Fecha de inicio del trata miento: \_\_\_\_\_
- Masaje:**  no han intentado  ayuda proporcionada  no proporcionar alivio Fecha de inicio del trata miento: \_\_\_\_\_
- Estimulacion electrica:**  no han intentado  ayuda proporcionada  no proporcionar alivio Fecha de inicio del trata miento: \_\_\_\_\_
- Acupuntura:**  no han intentado  ayuda proporcionada  no proporcionar alivio Fecha de inicio del trata miento: \_\_\_\_\_
- Bioinformacion:**  no han intentado  ayuda proporcionada  no proporcionar alivio Fecha de inicio del trata miento: \_\_\_\_\_

**Ha recibido ayuda psicologica por causa de su dolor?**

Si  No

**Qué inyecciones espinal has recibido para su condición?**

Tipo	Fecha	Respuesta
Inyeccione epidural de esteroides	_____	_____
Inyeccione faceta en la coyuntura o bloqueo neural	_____	_____
Ablación con radiofrecuencia	_____	_____
Inyecciones en los puntos gatillo	_____	_____
Otro	_____	_____

**Mencione cirugias previas, hospitalizaciones, o diagnosticos que haya tenido ha caso de este problema (MRIs, X-Rays, EMGs, CT Scans, Etc.)**

(Si necesita más espacio, continúe al dorso de esta página)

Examen	Parte del Cuerpo	Fecha	Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cirugia	Fecha	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hospitalización	Fecha	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Favor de indicar si tiene antecedentes de:**

- Uso de anticoagulantes
- Los problemas del corazón
- Hipertensión
- Dolor de pecho
- Problemas de sangrado
- Problemas pulmonares/dificultad al respirar
- Cancer
- Problemas con cirugias o anestias
- Diabetes
- Desordenes psicologicos
- Desordenes bipolares
- Depresion mayor
- Esquizofrenia
- Derrame cerebral
- Otro\_\_\_\_\_
- Nada de lo mencionado

**Es cazado(a)?**

- Si
- No

**Con quien vive?**

- vivo solo(a)
- compañero(a)
- Espos(a)
- Padres

**Hay abuso de sustancias en su casa?**

- Si
- No

**Es capaz de proveerse con la ayuda necesaria?**

- Si
- No

**Esta empleado?**

- Si
- No

**Dejo su trabajo por culpa de su dolor?**

- Si
- No

**Tiene un caso juridico sobre su dolor al momento?**

- Si
- No

**Tiene historial familiar de? (Circule cuantos sean necesarios)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer                                     | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral       | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza     |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos                        | <input type="checkbox"/> Problemas neurologicos | <input type="checkbox"/> Adopcion              |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos antes de la edad de 40 | <input type="checkbox"/> Problemas psicologicos | <input type="checkbox"/> Diabetes              |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones con analgesicos             | <input type="checkbox"/> Otro_____              | <input type="checkbox"/> Nada de lo mencionado |



¿Tienes historia de abuso físico, sexual o emocional?  Si  No

Esta usando drogas ilícitas al momento?  Si  No

¿Tiene antecedentes de consumo de drogas ilegales?  Si  No

En caso afirmativo, por favor indique \_\_\_\_\_

**Consume alcohol?**

No  De 2-4 bebidas por semana  De 6-8 bebidas por semana  Mas de 8 bebidas por semana

**Usa tabaco?**

No  Fumaba, pero lo deje  Fumo una cajetilla por dia  Fumo 2 cajetillas por dia

**Ha tenido problemas pulmonares de este tipo?**

Asma/problemas al respirar  COPD  Enfisema  Otro tipo \_\_\_\_\_  
 Nada de lo mencionado

**Ha tenido algunas de estas cirugias o recomendaciones relacionadas con su corazon?**

Cirugia de corazon  Insuficiencia cardíaca congestiva  Murmuros  Ataques de corazon  
 Enfermedades de Corazon/problemas  Hipertension  Marca pasos  Angina/dolor de pecho  
 Ritmos de pulso irregulares  Necesidad de usar antibioticos antes de procedimientos orales  
 Otro \_\_\_\_\_  Nada de lo mencionado

**Ha tenido algun tipo de estos problemas neurologicos (problemas relacionados con nervios)?**

Perdida/cambios de vista  Debilidad en un lado del cuerpo/cara  Ataques  
 Perdida de sensacion en un lado del cuerpo/cara  Dolores de cabeza  Perdida de memoria  
 Temblorina  Vertigo  Perdida de olfato  Derrame cerebral  Otro \_\_\_\_\_  
 Nada de lo mencionado

**Ha tenido algun tipo de estos problemas endocrinologos (glandular/hormonal)?**

Tiroides  Terapia para el remplazamiento de hormonas  Remplazamiento de esteroides con inyecciones  
 Diabetes  Otro \_\_\_\_\_  Nada de lo mencionado

**Ha tenido algun tipo de estos problemas renales (relacionado con los riñones)?**

Piedras de riñon  Hematuria (Sangre en la orina)  Incontinencia (no detiene la orina)  
 Infecciones de vejiga  Dificultad orinando  Enfermedades del riñon  Dialisis  
 Otro \_\_\_\_\_  Nada de lo mencionado

**Ha tenido algun tipo de estos problemas gastrointestinales (relacionados con su estomago)?**

- Nausea       Dificultad al tragar    Ulceras       Constante dolor abdominal
- Hernia hiatal    Estreñimiento       Enfermedad del pancreas    Problemas del intestino
- Hepatitis o enfermedad del higado    Excremento obscuros       Vomito de sangre
- Incontinencia    Acidez de estomago       Otro\_\_\_\_\_    Nada de lo mencionado

**Ha tenido algun tipo de estos problemas de sangre?**

- Anemia    Uso regular de anti-inflamatorios (Motrin/Ibuprofen/Naproxen/Naprosyn/Aleve)    HIV positivo
- Sangrado anormal       Anemia falciforme       Inflamacion de ganglios       Hemofilia
- Coagulacion acelerada       Terapia anti-coagulant       Uso regular de aspirina
- Otro\_\_\_\_\_       Nada de lo mencionado

**Ha tenido algun tipo de estos problemas dermatologicos (relacionados con la piel)?**

- Quemaduras    Sarpullido    Trasnplantes de piel    Soriasis    Otro\_\_\_\_\_
- Nada de lo mencionado

**Ha tenido algun tipo de estos problemas musculares o esquelatales?**

- Artritis reumatoide       Gota       Osteoartritis       Huesos rotos       Fractura de espina dorsal
- Cirugia de columna       Cirugia de articulaciones       Artritis (no sabe el tipo)
- Escoliosis       Implantes metalicos       Otro\_\_\_\_\_       Nada de lo mencionado

**Ha tenido algun tipo de estos problemas psicologicos?**

- Diagnostico de problemas psiquiátrico       Depresion    Ideas de suicidio    Problemar bipolar
- Ideas de homicidio       Esquizofrenia       Hospitalizaciones por problemas psiquiatricos
- Otro\_\_\_\_\_       Nada de lo mencionado

Hay algo mas en su historial medico que usted sienta que es de importancia para servirle mejor?

---

---

---

---

---

# ARIZONA PAIN TREATMENT CENTERS

## Aviso de prácticas de protección de la privacidad (protección de información personal)

---

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODRÍA UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LE PEDIMOS QUE LO EXAMINE DETENIDAMENTE.**

---

Este Aviso de prácticas de protección de la privacidad describe cómo podríamos utilizar y divulgar su información de salud protegida para realizar el pago de tratamientos o trámites comerciales de la atención médica y para otros fines que son permitidos o exigidos por la ley. En este aviso también se describen sus derechos para tener acceso y controlar su información de salud protegida. La "información de salud protegida" es información acerca de usted, incluida la información demográfica, que pudiera identificarlo y que se relaciona con su salud o estado físico o mental pasado, presente o futuro, así como también su información relacionada con los servicios de atención médica.

Entendemos que la información médica acerca de usted y de su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Se nos exige cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de protección de la privacidad. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso en cualquier momento. El nuevo aviso tendrá validez para toda la información de salud protegida que tengamos en nuestra posesión en ese momento. Cuando usted así lo solicite, podrá recibir cualquier Aviso modificado de prácticas de protección de la privacidad, comunicándose con el centro donde fue atendido.

Simplemente pida que le envíen por correo una copia del aviso modificado o pida una copia en su próxima cita.

### **1. Cómo podríamos utilizar y divulgar su información de salud protegida**

Su proveedor de atención médica utilizará o divulgará su información de salud protegida tal como se describe en la Sección 1. Su información de salud protegida podría ser utilizada y divulgada por su proveedor de atención médica, el personal de nuestra oficina y otras personas ajenas a nuestro centro que participen en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de atención médica a usted. Su información de salud protegida también podría utilizarse y divulgarse con el fin de pagar sus facturas de servicios de atención médica y para apoyar el funcionamiento comercial de Modern Ambulatory Surgery Center.

A continuación se presentan ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información de salud protegida para los que Modern Ambulatory Surgery Center está autorizada a realizar. Estos ejemplos no pretenden ser una lista exhaustiva, sino describir los tipos de usos y divulgaciones que nuestro centro podría realizar.

**Tratamiento:** Podríamos utilizar la información de salud protegida acerca de usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podríamos divulgar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina o a otros miembros del personal que participen en su atención médica. También es posible que distintos departamentos en nuestro centro compartan información de salud protegida acerca de usted a fin de coordinar sus necesidades, tales como recetas médicas, análisis y radiografías. También podríamos divulgar información de salud protegida acerca de usted a personas ajenas a Modern Ambulatory Surgery Center que pudieran participar en su atención médica, como por ejemplo, miembros de la familia u otras personas que utilicemos para proporcionar servicios y que forman parte de su atención médica. Cuando se requiera, obtendremos su autorización antes de divulgar cualquier parte de su información. Sólo la mínima cantidad de información será divulgada durante cualquier divulgación.

**Pago:** Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por los servicios de su atención médica. Esto podría incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico pudiera realizar antes de que apruebe o pague por los servicios de atención médica que nosotros recomendamos para usted; por ejemplo, hacer una determinación de elegibilidad o cobertura para los beneficios del seguro, un examen de los servicios que se le proporcionaron a usted por motivos de necesidad médica y la realización de actividades de revisión de la utilización de servicios. Por ejemplo, la obtención de aprobación para una hospitalización podría requerir que su información de salud protegida pertinente sea divulgada al plan de seguro médico para obtener la aprobación para el ingreso al hospital.

**Trámites comerciales de la atención médica:** Podríamos utilizar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida a fin de apoyar las actividades comerciales de su proveedor de atención médica y de Modern Ambulatory Surgery Center. Entre estas actividades se incluyen, por ejemplo, las actividades de evaluación de la calidad, las actividades para la revisión del desempeño de empleados, la capacitación de los estudiantes de medicina, el otorgamiento de licencias, las actividades de mercadotecnia y recaudación de fondos y para los trámites o los preparativos para otras actividades comerciales.

Por ejemplo, su información de salud podría divulgarse a miembros del personal médico, al personal para la mejora de la calidad o control de riesgos y a otros para:

- Evaluar el desempeño de nuestro personal
- Evaluar la calidad de la atención y de los resultados en su caso y en casos similares
- Aprender a cómo mejorar nuestros centros y servicios
- Determinar cómo mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica que proporcionamos

Además, podríamos utilizar una hoja de registro en el área de recepción donde se le pedirá escribir su nombre e indicar quién es su médico o terapeuta. También podríamos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su proveedor de atención médica esté listo para atenderlo. Podríamos utilizar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle de su cita.

Compartiremos su información de salud protegida con terceros, "socios de negocios", que pudieran realizar varias actividades (p. ej., facturación, servicios de transcripción) para Modern Ambulatory Surgery Center. Cuando un acuerdo entre nuestro centro y un socio de negocios incluya el uso o la divulgación de su información de salud protegida, tendremos un contrato por escrito en el que figuren los términos que protegerán la privacidad de su información de salud protegida.

Podríamos utilizar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para proporcionarle a usted información acerca de tratamientos alternativos o de otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran ser de interés para usted.

**Otros usos y divulgaciones permitidos y exigidos que pudieran realizarse con su autorización, o dándole la oportunidad para oponerse:** Tiene la oportunidad de estar de acuerdo o de oponerse al uso o la divulgación de toda o parte de su información de salud protegida. Si no está presente o no puede expresar su acuerdo o su objeción al uso o la divulgación de la información de salud protegida, entonces su proveedor de atención médica, utilizando su criterio profesional, podría determinar si la divulgación es o no para el beneficio de usted. En este caso, sólo la información de salud protegida que es pertinente a su atención médica será divulgada. Podríamos utilizar y divulgar su información de salud protegida en los siguientes casos.

**Directorios del centro:** A menos que usted se oponga, utilizaremos y divulgaremos en nuestro directorio del centro su nombre, la ubicación en la que está recibiendo atención médica, su estado (en términos generales) y su afiliación religiosa. Toda esta información, a excepción de la afiliación religiosa, será divulgada a las personas que pregunten por usted por nombre. Se informará a los miembros del clero sobre su afiliación religiosa.

**Otras personas que participan en su atención médica:** A menos que usted se oponga podríamos divulgar a un miembro de su familia, pariente, amigo cercano o cualquier

otra persona que usted identifique, su información de salud protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede expresar su acuerdo u objeción a una divulgación de tal índole, podríamos divulgar dicha información, según sea necesario, si determinamos que es en su beneficio basándonos en nuestro criterio profesional. Podríamos utilizar o divulgar información de salud protegida para notificar o ayudar en la notificación a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado, sobre su ubicación, estado general o muerte. Por último, podríamos utilizar o divulgar su información de salud protegida a cualquier entidad autorizada, ya sea pública o privada, para ayudar en tareas de asistencia de emergencia ante desastres y para coordinar usos y divulgaciones a familiares u otras personas que participan en su atención médica.

**Otros usos y divulgaciones permitidos y exigidos que pudieran realizarse sin su autorización, o sin la oportunidad para oponerse.** Podríamos utilizar o divulgar su información de salud protegida sin su autorización en las siguientes situaciones.

**Exigido por la ley:** Podríamos utilizar o divulgar su información de salud protegida en la medida en la que el uso o la divulgación sea exigida por la ley. El uso o la divulgación se realizará de conformidad con la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Se le notificará, según lo exigido por la ley, de cualquier uso o divulgación de tal índole.

**Salud pública:** Podríamos divulgar su información de salud protegida para actividades y propósitos de la salud pública a una autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para obtener o recibir la información. La divulgación se realizará con la finalidad de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podríamos divulgar su información de salud protegida, si lo ordena la autoridad de salud pública, a una agencia gubernamental extranjera que esté colaborando con la autoridad de salud pública.

**Enfermedades contagiosas:** Podríamos divulgar su información de salud protegida, en casos autorizados por la ley, a una persona que pudiera haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de alguna otra manera estuviera en riesgo de contraer o propagar la enfermedad.

**Supervisión de la salud:** Podríamos divulgar información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias encargadas de la supervisión, que piden esta información, incluyen las agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales, otros programas reglamentarios gubernamentales y las leyes de los derechos civiles.

**Abuso o negligencia:** Podríamos divulgar su información de salud protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para recibir informes de abuso

infantil o negligencia. Además, podríamos divulgar su información de salud protegida a la entidad gubernamental o agencia autorizada para recibir dicha información si creemos que usted ha sido una víctima del abuso, la negligencia o la violencia doméstica. En este caso, la divulgación se realizará de conformidad con los requisitos de las leyes federales y estatales correspondientes.

**Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (Food and Drug Administration, FDA):** Podríamos divulgar su información de salud protegida a una persona o empresa a la que la Administración de Alimentos y Medicamentos exija informar de los eventos adversos, los defectos o problemas de productos, las desviaciones de los productos biológicos, el rastreo de productos, para permitir que los productos puedan ser retirados del mercado, realizar reparaciones o sustituciones o para realizar actividades de vigilancia posterior a la comercialización, según se requiera.

**Procesos legales:** Podríamos divulgar su información de salud protegida en el transcurso de cualquier proceso judicial o administrativo, en respuesta a una orden de una corte o tribunal administrativo (en la medida en la que dicha divulgación sea expresamente autorizada), en ciertas condiciones en respuesta a un citatorio, petición de revelación de prueba o algún otro proceso legal.

**Fuerzas del orden público:** Podríamos divulgar su información de salud protegida siempre y cuando se cumpla con los requisitos legales aplicables, para propósitos de las fuerzas del orden público. Estos propósitos de las fuerzas del orden público incluyen (1) procesos legales y aquellos que de otra manera sean requeridos por la ley, (2) peticiones de información limitada para propósitos de identificación y localización, (3) información pertinente a las víctimas un delito, (4) información relacionada con la sospecha de que ha ocurrido una muerte como resultado de un acto criminal, (5) en caso de que ocurra un delito en las instalaciones de Modern Ambulatory Surgery Center y (6) en caso de una emergencia médica (no en las instalaciones de Modern Ambulatory Surgery Center) y que sea probable que haya ocurrido un delito.

**Médicos forenses / jueces de instrucción, directores de funerarias y para fines de la donación de órganos:** Podríamos divulgar información de salud protegida a un juez de instrucción o médico forense para efectos de identificación, determinar la causa de muerte o para que dicho funcionario realice otros deberes autorizados por la ley. También podríamos divulgar información de salud protegida al director de una funeraria, según lo autorice la ley, a fin de permitirle llevar a cabo sus deberes. Podríamos divulgar información de tal índole con la anticipación razonable de un suceso de muerte. La información de salud protegida podría utilizarse y divulgarse para propósitos de la donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

**Investigación:** Podríamos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando su proyecto de investigación haya sido aprobado por una junta de revisión institucional que haya examinado la propuesta de

investigación y haya establecido protocolos para garantizar la confidencialidad de su información de salud protegida.

**Actividad delictiva o criminal:** De conformidad con las leyes federales y estatales correspondientes, podríamos divulgar su información de salud protegida si creemos que el uso o la divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. También podríamos divulgar la información de salud protegida si es necesario para que las autoridades de las fuerzas del orden público identifiquen o aprehendan a una persona.

**Actividad militar y seguridad nacional:** Cuando se apliquen las condiciones apropiadas, podríamos utilizar o divulgar la información de salud protegida de las personas que son miembros del personal de las fuerzas armadas (1) para actividades consideradas necesarias por las autoridades de comando militar apropiadas, (2) para el propósito de una determinación a realizarse por el Departamento de Asuntos de Veteranos (*Department of Veterans Affairs*) en cuanto a su elegibilidad para recibir beneficios o (3) para las autoridades militares extranjeras si usted es miembro de algún servicio militar extranjero. También podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para la realización de actividades de inteligencia y relacionadas con la seguridad nacional, incluida la disposición de servicios de protección al Presidente u otras personas legalmente autorizadas.

**Indemnización laboral:** Podríamos divulgar su información de salud protegida según se nos autoriza para cumplir con las leyes de indemnización laboral y otros programas afines legalmente establecidos.

**Usos y divulgaciones exigidos:** De conformidad con la ley, debemos hacer divulgaciones a usted, y cuando lo exija el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*) para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500, y siguientes, Confidencialidad de la información de salud personalmente identificable (*Privacy of Individually Identifiable Health Information*).

## 2. Sus derechos

A continuación se presenta una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

**Tiene el derecho a revisar y copiar su información de salud protegida.** Esto significa que usted puede revisar y obtener una copia de la información de salud protegida acerca de usted que figure en un grupo designado de expedientes, siempre y cuando la información de salud protegida esté en nuestra posesión. Un "grupo designado de expedientes" contiene los registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que su proveedor de atención médica y Modern Ambulatory Surgery Center utilizan para tomar decisiones sobre usted.

Según las leyes federales, sin embargo, usted no puede revisar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información reunida con anticipación razonable de, o para el uso en, una acción legal o judicial o proceso civil, criminal o administrativo, así como también la información de salud protegida que esté sujeta a las leyes que prohíben el acceso a la información de salud protegida. Dependiendo de las circunstancias, una decisión de negar el acceso podría someterse a revisión nuevamente. Comuníquese con nuestro Departamento de Expedientes Médicos (*Medical Records Department*) si tiene preguntas acerca del acceso a su expediente médico. Si solicita una copia de la información, es posible que le cobremos una cuota por los costos de reunir, copiar y enviar la información por correo, y por cualquier otro material relacionado con su petición.

**Tiene el derecho a solicitar una restricción relacionada con su información de salud protegida.** Esto significa que usted puede pedirnos que no utilicemos o divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago o trámites comerciales de la atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no se divulgue a miembros de su familia o a amigos que pudieran participar en su atención médica o para los propósitos de notificación según se describen en el Aviso de prácticas de protección de la privacidad. En su petición debe declarar la restricción específica solicitada y a quién quiere usted que se aplique dicha restricción.

No se exige a su proveedor de atención médica que esté de acuerdo con las restricciones que usted pueda solicitar. Si el proveedor de atención médica considera que el permitir el uso y la divulgación de su información de salud protegida es en el beneficio de usted, su información de salud protegida no será restringida. Si su proveedor de atención médica está de acuerdo con la restricción solicitada, no podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida en violación de esa restricción a menos que sea necesario para proporcionar tratamiento de emergencia. Con esto en mente, le pedimos que dialogue con su proveedor de atención médica sobre cualquier restricción que usted desee solicitar.

Usted tiene el derecho a solicitar el recibir una comunicación confidencial de nosotros por otros medios distintos o en una ubicación distinta. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de los asuntos médicos, de una manera específica o en una ubicación específica. Nos adaptaremos para satisfacer las peticiones razonables. También podríamos especificar condiciones para esta adaptación al pedirle a usted información sobre cómo se manejará el pago o la determinación de una dirección distinta u otro medio de comunicación. No le pediremos una explicación referente al motivo de la petición. Le pedimos que presente esta petición por escrito a nuestro Departamento de Expedientes Médicos (*Medical Records Department*).

**Usted podría tener el derecho a que su proveedor de atención médica modifique su información de salud protegida.** Esto significa que usted podría solicitar una modificación de su información de salud protegida en un grupo designado de expedientes, siempre y cuando esta información se encuentre en nuestra posesión. En algunos casos, es posible que rechacemos su petición para la realización de una modificación. Si negamos su petición para una modificación, usted tiene el derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros, y nosotros podríamos preparar una refutación a su declaración, en cuyo caso le proporcionaremos una copia de cualquier refutación de tal índole. Comuníquese con nuestro Departamento de Expedientes Médicos (*Medical Records Department*) si tiene preguntas acerca de la modificación de su expediente médico.

**Usted tiene el derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos realizado, si las hubiera, de su información de salud protegida.** Este derecho se aplica a las divulgaciones para propósitos distintos al tratamiento, pago o trámites comerciales de la atención médica, según se describen en este Aviso de prácticas de protección de la privacidad. Se excluyen las divulgaciones que hayamos realizado a usted, para un directorio del centro, a los miembros de la familia o amigos que participan en su atención médica o para propósitos de notificación. Usted tiene el derecho a recibir información específica con respecto a estas divulgaciones, que hayan ocurrido después del 14 de abril de 2003. Puede solicitar información comprendida en un intervalo de tiempo menor. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

**Usted tiene derecho a que le proporcionemos una copia impresa de este aviso.** Usted tiene el derecho a tener una copia de este aviso. Nos puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para solicitar una copia de este aviso, debe hacer su petición por escrito y presentarla al encargado de asuntos de privacidad (Privacy Officer).

### **3. Quejas / Reclamos**

Puede presentar una queja con nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Secretary, Department of Health and Human Services*) si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a

**ARIZONA PAIN TREATMENT CENTERS**

**Attn: Administrator / Privacy Officer**

**Address: 1301 E. McDowell Rd., Suite 100, Phoenix, AZ 85006**

**Phone: 602-265-8800**

de su queja. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

## **Directivas Anticipadas**

Una "directiva anticipada" es un término general que se refiere a su administración oral y / o instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro, en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo. Cada estado regula la el uso de directivas anticipadas diferente. Hay dos tipos de directivas anticipadas: la voluntad de estar y un poder médico. Si usted desea una copia de los formularios de directivas anticipadas Estado AZ oficiales, visite [http://www.azsos.gov/adv\\_dir/](http://www.azsos.gov/adv_dir/)

### **ADVANCE POLÍTICA DE DIRECTIVA DEL CENTRO DE CIRUGÍA:**

La mayoría de los procedimientos realizados en McDowell Centro de Cirugía Ambulatoria se considera de riesgo mínimo. Por supuesto, no hay cirugía sin riesgo. Usted y su cirujano discutido la específicos de su procedimiento y los riesgos asociados con el procedimiento, la recuperación esperada y la cuidado después de su cirugía. Además, el cirujano discutirá sus Directivas Anticipadas y honrará sus instrucciones anticipadas. Si su directiva anticipada incluye una solicitud DNR, su cirujano, junto con usted, su curador o tutor podrá desarrollar un plan de atención.

Si ha ejecutado una instrucción por anticipado, lleve una copia con usted a su procedimiento para que un copia puede ser colocado en su expediente médico. Si usted ha presentado McDowell Centro de Cirugía Ambulatoria con una copia de su directiva anticipada, se enviará una copia al hospital en su traslado (de ser necesario) de McDowell Centro de Cirugía Ambulatoria del hospital. En el hospital de agudos, el tratamientos adicional o el retiro de medidas de tratamiento ya serán pedidos de acuerdo con sus deseos, directiva anticipada, o el poder para la atención médica.

Si usted no está de acuerdo, usted, su curador o tutor le dará la oportunidad de desarrollar un plan de tratamiento con su cirujano.

Recursos: <http://www.nhdd.org/public-resources>